

НЕФРОПТОЗ: ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ

[В. Б. Полутин¹, С. В. Мешков², Е. Н. Варламова², А. В. Ивановичева², С. Ю. Максимов³,
О. В. Журкина³](#)

¹ГБУЗ «Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн» (г. Самара)

²ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина» (г. Самара)

³ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России
(г. Самара)

Патологическая подвижность почки (нефроптоз) приводит к развитию в пораженном органе ряда осложнений (гематурия, артериальная гипертензия, пиелонефрит, мочекаменная болезнь). Лечение данного заболевания оперативное. В данной работе представлены результаты собственного нового разработанного эндохирургического метода нефропексии.

Ключевые слова: нефроптоз, эндохирургический метод, нефропексия.

Полутин Владимир Борисович — врач-уролог высшей категории ГУЗ СО «Самарский городской противотуберкулезный диспансер», рабочий телефон: 8 (846) 951-74-10, e-mail: hosp@smr.ru

Мешков Сергей Викторович — ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина», рабочий телефон: 8 (846) 956-55-60, e-mail: sokb@mail.ru

Варламова Елена Николаевна — врач первой категории отделения урологии ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина», рабочий телефон: 8 (846) 956-09-88, e-mail: sokb@mail.ru

Ивановичева Анна Валериевна — врач первой категории отделения урологии ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина», рабочий телефон: 8 (846) 956-09-88, e-mail: sokb@mail.ru

Максимов Сергей Юрьевич — клинический ординатор кафедры урологии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», контактный телефон: 8 (846) 333-61-35, e-mail: info@samsmu.ru

Журкина Ольга Владимировна — доктор медицинских наук, доцент кафедры урологии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (846) 333-61-35, e-mail: info@samsmu.ru

Введение. Нефроптоз — состояние патологической подвижности почки, превышающее её физиологическую подвижность в покое и при перемене положения тела человека. Эта урологическая патология, охватывающая практически все возрастные группы, является причиной потери трудоспособности, развития осложнений в виде хронического пиелонефрита, вторичной артериальной гипертензии, мочекаменной болезни и др. По статистическим данным, нефроптоз встречается у 1,54 % женщин и 0,12 % мужчин [3]. Противоречивость критериев физиологической и патологической подвижности почки, определяющих показания к оперативному лечению, сохраняются до настоящего времени, что отражает актуальность изучения данной патологии. Лечение данного заболевания — сложная и не всегда успешно решаемая проблема. Неосложнённый нефроптоз первой степени обычно лечится консервативно. Нефроптоз третьей и четвёртой степени с развившимися осложнениями подлежит оперативному лечению, заключающемуся в фиксации почки с сохранением физиологической подвижности. Результаты хирургического лечения зависят от применяемого метода нефропексии. В настоящее время насчитывается более 300 методов нефропексии. Недостатком ранее разработанных и используемых методов нефропексии является травматичность, развитие послеоперационных осложнений, длительный постельный режим, увеличение сроков реабилитационного периода.

Материалы и методы. Нами был проведён анализ диагностики, хирургического и эндохирургического лечения больных с нефроптозом за период с 1987 по 2009 год в количестве 143-х человек — 1,8 % из общей группы больных урологического отделения СОКБ и эндохирургического отделения в количестве 7932-х человек (табл. 1).

Таблица 1

Общая характеристика больных и их распределение по возрасту и полу

Возраст	Мужчины	Проценты	Женщины	Проценты	Всего
	Количество	%	Количество	%	Количество
До 29 лет	6	4,21	75	52,44	81
30–39 лет	—	—	62	43,35	62
Итого	6	4,21	137	95,79	143

По данным этой таблицы отмечается, что с данной патологией преобладает молодой трудоспособный возраст, женский пол значительно преобладает над мужским (соответственно 95,76 и 4,21 %). Следует также отметить, что большую часть составляют пациенты в возрасте до 30 лет.

С учётом возраста наряду с основным заболеванием выявлялись сопутствующие заболевания в виде осложнения основного (табл. 2).

Таблица 2

Сопутствующие заболевания у больных с нефроптозом

Сопутствующие заболевания	Количество	Проценты
Хронический пиелонефрит	81	56,64
Гидронефроз	28	19,58

Мочекаменная болезнь	6	4,19
Симптоматическая гипертония	28	19,58
Итого	143	100

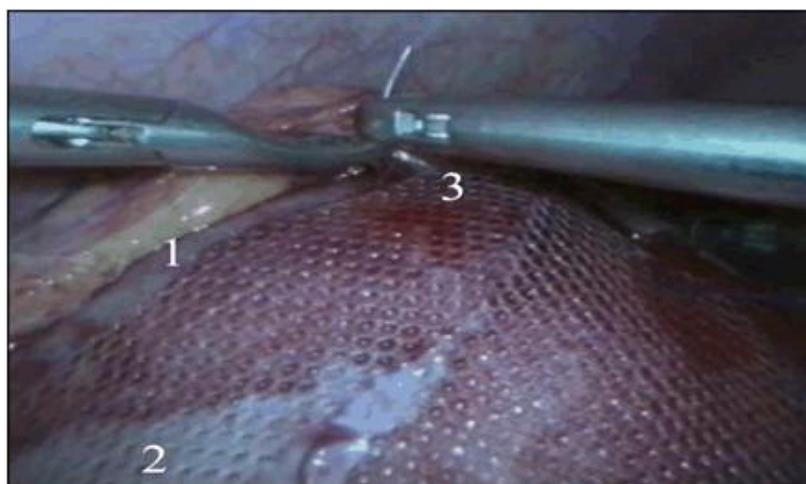
Наиболее распространённой патологией является наличие хронического пиелонефрита. Это имело большое значение для планирования индивидуальной программы ведения больного.

Анализ клинического материала отчётливо показывает, что нефроптоз проявляется большим разнообразием признаков, среди которых можно выделить болевой (95,6 %), астеновегетативный (40,7 %) и гипертензивный (27,5 %) синдромы.

Выявлено, что боли усиливаются по интенсивности с увеличением степени опущения органа, продолжительности заболевания и возрастом больного.

При занятии этой проблемой нам удалось в 1998 году разработать и внедрить в практику новый метод нефропексии (патент на изобретение № 2226988 RU от 06.03.2002 года, авторы Мешков С.В., Полутин В.Б., Кривощёков Е.П.).

Целью нашего изобретения является фиксация почки с сохранением физиологической подвижности, уменьшение травматичности, снижение количества послеоперационных осложнений, косметичность, уменьшение процента рецидива заболевания, малые сроки пребывания в стационаре, сокращение реабилитационного периода. Способ предлагаемой нами нефропексии осуществляется следующим образом. Под общим обезболиванием с применением миорелаксантов после предварительной обработки операционного поля производится пупочный разрез до 1,5 см. Вводится игла Вереша, создаётся пневмоперитонеум, через лапароскоп осматриваем брюшную полость, через дополнительный разрез в правом подреберье устанавливаем дополнительный троакар. Производим нефролиз и освобождаем поясничную мышцу, введённая полоска полипропиленовой сетки (ППС) фиксируется 3–4-мя нерассасывающимися швами к передней поверхности поясничной мышцы. Почка переводится в физиологическое положение, при необходимости производится коррекция патологической ротации. Полоской ППС оборачивается нижний полюс почки и 2–3-мя нерассасывающимися швами фиксируется к передней поверхности почки (см. рис.).



Нефропексия: 1 — почка, 2 — нижний полюс почки, обёрнутый ППС, 3 — фиксация ППС к почке

Таким образом, почка оказывается в полипропиленовом «гамачке». Длительность операции составляет 40–60 минут, после операции на больничной койке больные находились 7 дней без послеоперационных осложнений.

Результаты обсуждения. По данной методике с 1998 по 2009 год нами было пролечено 37 больных, при наблюдении и контрольном обследовании в сроках от 12 до 36 месяцев после оперативного лечения обострения хронического пиелонефрита при соблюдении рекомендаций, данных при выписке, не было у всей группы наблюдаемых. Только у одной больной, не выполнявшей данные рекомендации на восстановительный период после операции, был выявлен рецидив, потребовавший повторного вмешательства.

А. Б. Ширанов, И. А. Абоян (2004) сообщают о 157-ми случаях лапароскопической нефропексии с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Авторы фиксировали почку за верхний полюс проленовой сеткой с викриловой эндонитью к брюшной стенке в 10–11-м межреберье или проленовой сеткой к поясничным мышцам [1]. А. А. Давыдов и соавт. (2000) сообщают о 28-ми лапароскопических нефропексиях с хорошими отдаленными 3-летними результатами, авторы фиксировали почку аутомышцей по видоизмененному методу Пытеля-Лопаткина или проленовой сеткой [2]. А. В. Антонов (2005) выполнял нефропексию по методике С. В. Мешкова, В. Б. Полутина, Е. П. Кривощекова, а для фиксации проленовой сетки использовал герниостеплер.

Анализ проведенной работы позволяет сделать следующие выводы:

1. Современный и совершенный метод лапароскопической нефропексии, отвечающий всем требованиям, предъявляемым к подобного рода операциям, позволяет определить самый широкий спектр показаний к данному оперативному вмешательству.
2. Разработанная методика лапароскопической нефропексии по результатам операции не уступает оригинальному способу и в то же время устраняет его технические недостатки. Малая травматичность, надёжность и точность фиксации почки, возможность сочетания нефропексии с другими операциями на органе делают её операцией выбора при нефроптозе среди других многочисленных способов, а пятилетний опыт применения убедительно доказывает эффективность и позволяет рекомендовать её к более широкому применению.

Заключение. Оценивая результаты эндохирургической нефропексии, мы можем констатировать преимущества предлагаемой нами методики:

1. Лапароскопическая нефропексия позволяет достичь основную цель операции — ликвидировать патологическую подвижность почки.
2. Технически операция проста, малотравматична, минимальная кровопотеря.
3. Наблюдается быстрая социальная и трудовая реабилитация.
4. При использовании данного метода нефропексии удаётся в 99,8 % случаев достигнуть хороших и удовлетворительных результатов.
5. Одной из главных положительных сторон предлагаемого способа нефропексии является то, что предлагаемый метод упрощает этапы операции, занимает мало времени.

Разработанный нами способ оперативного лечения нефроптоза обеспечивает решение основной проблемы заболевания — устранение патологической подвижности почки, его можно использовать как один из методов оперативного лечения.

Список литературы

1. Абоян И. А. Эндоскопическая нефропексия / И. А. Абоян, С. В. Грачев, А. Б. Ширанов // Урология и нефрология. — 2004. — № 2. — С. 47–50.
2. Сравнительные ближайшие результаты открытой и лапароскопической нефропексии при симптоматическом нефроптозе / А. А. Давыдов, Б. В. Крапивин, В. Е. Шульц, Ю. Б. Мохраков // Эндоскопическая хирургия. — 2000. — № 2. — С. 29–30.
3. Лопаткин Н. А. Нефроптоз : руководство по клинической урологии / Н. А. Лопаткин. — М. : Медицина, 1998. — С. 320–339.
4. Материалы 10-го Российского съезда урологов. — М., 2002. — С. 655, 684, 687, 742, 770, 814.
5. Rehman J. Laparoscopic nephropexy / J. Rehman, D. M. Hoenig // J. Endourol. — 2000. — Dec. — Vol. 14 (10). — P. 881–7.
6. Long-term followup after laparoscopic nephropexy for symptomatic nephroptosis / E. Plas, K. Daha. C. R. Riedl [et al.] // J. Urol. — 2001. — Aug.

NEPHROPTOSIS: OPERATIVE TREATMENT WITH APPLICATION OF POLYPROPYLENE NET

*V. B. Polutin¹, S. V. Meshkov², E. N. Varlamova², A. V. Ivanycheva², S. Y. Maksimov³,
O. V. Zhurkina³*

¹*SBHE «Samara regional clinical hospital for war veterans» (Samara c.)*

²*SBHE «Samara regional hospital of M. I. Kalinin» (Samara c.)*

³*SBEI HPE «Samara State Medical University» of Ministry of Health (Samara c.)*

Pathological mobility of a kidney (nephroptosis) leads to development the series of complications (hematuria, arterial hypertension, pyelonephritis, urolithiasis) in the damage organ. Treatment of this disease is quick. Results of personal new developed endosurgical method of nephropexy are presented in this work.

Keywords: nephroptosis, endosurgical method, nephropexy.

About authors:

Polutin Vladimir Borisovich — urologist of the highest category at SHE SR «Samara city antituberculous dispensary», office phone: 8 (846) 995-31-73, e-mail: soptd@yandex.ru

Meshkov Sergey Viktorovich — SBHE «Samara regional hospital of M. I. Kalinin», office phone: 8 (846) 956-55-60, e-mail: sokb@mail.ru

Varlamova Elena Nikolaevna — doctor of the first category of urology unit at SBHE «Samara regional hospital of M. I. Kalinin», office phone: 8 (846) 956-09-88, e-mail: sokb@mail.ru

Ivanycheva Anna Valeriyevna — doctor of the first category of urology unit at SBHE «Samara regional hospital of M. I. Kalinin», office phone: 8 (846) 956-09-88, e-mail: sokb@mail.ru

Zhurkina Olga Vladimirovna — doctor of medical sciences, assistant professor of urology chair at SBEI HPE «Samara State Medical University» of Ministry of Health, office phone: 8 (846) 333-61-35, e-mail: info@samsmu.ru

Maksimov Sergey Yuryevich — clinical intern of urology chair at SBEI HPE «Samara State Medical University» of Ministry of Health, contact phone: 8 (846) 333-61-35, e-mail: info@samsmu.ru

List of the Literature:

1. Aboyan I. A. Endoscopic nephropexy / I. A. Aboyan, S. V. Grachev, A. B. Shiranov // Urology and nephrology. — 2004. — № 2. — P. 47-50.
2. Comparative next results of open and laparoscopic nephropexy at symptomatic nephroptosis / A. A. Davidov, B. V. Krapivin, V. E. Schultz, Y. B. Mokhrakov // Endoscopic surgery. — 2000. — № 2. — P. 29-30.
3. Lopatkin N. A. Nephroptosis: guidance to clinical urology / N. A. Lopatkin. — M: Medicine, 1998. — P. 320-339.
4. Materials of the 10th Russian congress of urologists. — M, 2002. — P. 655, 684, 687, 742, 770, 814.
5. Rehman J. Laparoscopic nephropexy / J. Rehman, D. M. Hoenig // J. Endourol. — 2000. — Dec. — Vol. 14 (10). — P. 881-7.
6. Long-term followup after laparoscopic nephropexy for symptomatic nephroptosis / E. Plas, K. Daha. C. R. Riedl [et al.] // J. Urol. — 2001. — Aug.